



# asserap

Association pour l'Encouragement des Retraités à l'Activité Physique

Association Loi 1901,  
créée en 1976,  
entièrement gérée  
par des bénévoles

## BULLETIN D'INSCRIPTION - Saison sportive 2024-2025

MERCI DE VEILLER À LA LISIBILITÉ DE L'ÉCRITURE

Mme ☐ M. ☐ Nom : 1<sup>ère</sup> Inscription ☐ Réinscription ☐

Prénom : Né(e) le : / /

Adresse : Code Postal : Ville :

Tél mobile \* : / ..... / ..... / ..... / ..... / ..... / Courriel \* :

\*Nécessaire pour vous prévenir en cas d'imprévu

En majuscules pour une meilleure lisibilité

COCHER CLAIREMENT VOTRE/VOS ACTIVITÉ(S) - (Voir localisation des lieux sur document joint)

- ☐ Aquagym – Piscine Moulon Lu 11h30  
☐ Aquagym – Piscine Moulon Lu 12h30  
☐ Aquagym – Piscine T.J. Brulé Lu 13h00  
☐ Aquagym – Piscine St Germain Je 16h30  
☐ Aquagym – Piscine St Germain Ve 18h30  
☐ Natation – Piscine T.J. Brulé Lu 12h00  
☐ Gym douce – RCF Lu 09h15  
☐ Gym douce – RCF Lu 10h15  
☐ Gym douce – RCF Lu 11h15  
☐ Gym douce – Cévennes Me 10h15  
☐ Gym douce – Îlot St Germain Me 12h15  
☐ Gym douce – Masseran Me 16h45  
☐ Gym douce – C3B Ve 13h45  
☐ Gym douce – C3B Ve 14h45  
☐ Atelier Équilibre/Prévention chutes – C3B Ma 14h00  
☐ Gym douce sur chaise – Foyer Alma Ma 10h00  
☐ Gym douce sur chaise – Foyer Alma Ve 10h00  
☐ Tai-Chi-Qi Gong – C3B Ve 14h45

- ☐ Renforcement musculaire – Îlot St Germain Lu 15h00  
☐ Renforcement musculaire – Îlot St Germain Lu 16h00  
☐ Renforcement musculaire – E. Anthoine Me 12h15  
☐ Renforcement musculaire – Cévennes Ve 12h15  
☐ Gym dynamique – Cévennes Ma 12h15  
☐ Gym dynamique – Cévennes Me 11h15  
☐ Gym dynamique – C3B Je 11h15  
☐ Pilates – Îlot St Germain Lu 17h00  
☐ Pilates – Cévennes Ma 12h15  
☐ Pilates – C3B Ve 11h30  
☐ Pilates renforcé – C3B Ve 12h30  
☐ Pilates renforcé – Masseran Ve 16h30  
☐ Stretching Mobilité – C3B Je 10h15  
☐ Stretching Équilibre – C3B Je 12h15  
☐ Marche nordique intermédiaire (2h) N2 Ma 10h00  
☐ Marche nordique dynamique (2h) N1 Je 09h30  
☐ Marche nordique modérée (1h30) N3 Ve 10h00  
(Test de niveau préalable)

### A cocher obligatoirement :

☐ J'ai lu et j'accepte les conditions générales du Règlement Intérieur de l'ASSERAP présentées sur le site [www.asserap.fr](http://www.asserap.fr), en particulier son article 11 sur la politique de protection des données personnelles rappelé dans le document Inscription-mode d'emploi ci-joint.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance du point Assurances présenté dans le document Inscription-mode d'emploi ci-joint.

| Mon règlement                                                                                                   | Partie réservée à l'ASSERAP                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adhésion annuelle .....40 €                                                            | <input type="checkbox"/> Chèque de € n° :     |
| <input type="checkbox"/> Cotisation pour 1 activité .....150 €                                                  | <input type="checkbox"/> Virement             |
| <input type="checkbox"/> Activité(s) supplémentaire(s) : 80 € X = €                                             | <input type="checkbox"/> Attestation de santé |
| TOTAL €                                                                                                         | Date .....                                    |
| <input type="checkbox"/> Par chèque à l'ordre de l'ASSERAP                                                      | <input type="checkbox"/> Certificat médical   |
| <input type="checkbox"/> Par virement bancaire                                                                  | Date .....                                    |
| <b>Attention !</b> Indiquer en référence du virement le nom de famille qui figure sur le bulletin d'inscription |                                               |
| Code IBAN ASSERAP : FR76 3000 3032 9300 0372 8193 472                                                           |                                               |



**asserap**

Association pour l'Encouragement des Retraités à l'Activité Physique

Association Loi 1901,  
créée en 1976,  
entièrement gérée par  
des bénévoles

**QUESTIONNAIRE DE SANTE – Saison sportive 2024-2025**

- À conserver : il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion à l'ASSERAP.

- Seul le volet détachable du bas de page est à nous renvoyer.

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON                                                                                                                                                                      | OUI | NON |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Durant les 12 derniers mois :</b>                                                                                                                                                                                     |     |     |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                            |     |     |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                                                                                                        |     |     |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                                                                                                           |     |     |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                              |     |     |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus, pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?                                                                                       |     |     |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                                       |     |     |
| <b>À ce jour :</b>                                                                                                                                                                                                       |     |     |
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ? |     |     |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                              |     |     |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                  |     |     |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.                                                                                                                                             |     |     |

- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical à fournir.

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, il vous faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.

SEUL LE VOLET CI-DESSOUS « ATTESTATION DE SANTÉ » EST À COMPLÉTER ET À ENVOYER À L'ASSERAP

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom .....

atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du « Questionnaire de Santé » (publié par l'arrêté du 20 avril 2017) lors de la demande de renouvellement de votre adhésion à l'ASSERAP.

Je suis informé(e) que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité.

Fait le ..... à .....

Je valide cette attestation

